OTORIZASYON POU DIVILGE ENFÒMASYON KONFIDANSYEL

ENFÒMASYON AN KAPAB DIVILGE PA:
Moun/Lopital:_____ # Telefòn:_____
Adrès:_____

ENFÒMASYON AN DWE DIVILGE BAY:
Moun/Kote:_____ # Telefòn:_____

METÒD DIVILGASYON AN

_____Vin Chèche l nan Klinik/Lopital
_____Adrès _____
_____Faks #: _____
_____ Imel Adrès: (Tanpri sonje imel gen dwa pa yon metòd kominikasyon ki an sekirite)

ENFÒMASYON POU YO DIVILGE A: (Mete Inisyal Akote Chwa a)
___Dosye (yo) Medikal Jeneral ____Dosye MST yo (STD) _____Dosye TB yo _____Rezilta Tout visit ak fizik yo
___Vaksen yo ____ Metòd Kontrasepsyon _____ Dosye Prenatal _____ Konsiltasyon yo
___ Nòt sou Pwogrè yo
___Rapò Tès Diagnostik (Klarifye ki kalite tès)_____
___ Lòt: (klarifye)_____

Mwen espesifikman divilgasyon enfòmasyon sou (Mete Inisyal Akote Chwa a)

_____Rezilta tès VIH _____Dosye Founisè Sèvis pou Abi Sibstans
_____ Nòt Sykyatrik, Sikolojik oswa Sikoterapetik _____ Entèvansyon bone _____ WIC

REZON POU DIVILGASYON AN:
_____ Kontinye Swen ___ Itilizasyon Pèsonèl ___ Lòt (klarifye)_____

DAT EKSPIRASYON: Otorizasyon sa ap ekspire (mete dat la oswa evenman an)_____. Mwen konprann si **Mwen** pa bay yon dat ekspirasyon oswa yon evenman otorizasyon ap ekspire douz (12) mwa apati dat li te siyen an.

DIVILGASYON ANKÒ: Mwen konprann yon fwa enfòmasyon sa a divilge. Moun ki resevw al la kapab pibliye li ankò epi enfòmasyon an gen dwa pa pwoteje pa lwa ak règleman federal sou vi prive.

KONDISYON: Mwen konprann mwen ranpli fòm otorizasyon sa a volontèman. Mwen reyalize yo p ap refize mwen tretman I mwen refize siyen fòm sa.

REVOKASYON: Mwen konprann mwen gen dwa pou revoke otorizasyyon sa a nenpòt ki lè. Si mwen revoke otorizasyon sa mwe konprann se pou mwen fè sa pa ekri epi fòk mwen montre revokasyon an bay depatman dosye medikal la. Mwen konprann revokasyon an p ap aplike a enfòmasyon yo te deja pibliye an repons a otorizasyon sa a. Mwen konprann otorizasyon an pa aplike a konpayi asirans mwen. Medicaid ak Medicare.

_____ _____
Siyati Kliyan/Reprezantan Legal Dat

_____ _____
Non Enprime Relasyon Reprezantan Legal la ak Kliyan

Si ou se yon reprezantan legal moun ou mande enfòmasyon sou li a, ou dwe bay otorizasyon ki pwouve otorite legal ou pou mnade enfòmasyon sa a (pa egzanm pouvwa legal avoka, fòm ranplasan pou desizyon santé, lòd, nominasyon pou gadyen, lòd ki nonmen ou kòm reprezantan legal, lèt administrasyon)

Non Kliyan_____
ID#: _____
DAT NESANS:_____

Orijinal:pou dosye **Kopi:** pou Kliyan **Kopy:** Atache ak Piblikasyon an